Formulario de reevaluación de cuota

Instrucciones

- *Para averiguar si Healthy Families Program puede bajar sus cuotas mensuales, usted debe llenar este formulario. Llene el formulario solamente si le parece que reúne los requisitos para que bajemos sus cuotas porque cambiaron sus ingresos o deducciones.*
- *Tiene que enviar una prueba de ingresos y deducciones con el formulario.*
- *Si tiene alguna pregunta sobre el formulario, llame a Healthy Families al* ***1-888-673-4469*** *de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.*

Dirección postal

De su casa

¿Son correctos su nombre y dirección?

Si alguna información está mal, por favor táchela. Escriba la información correcta a un lado.

FAMILY MEMBER NUMBER:

Casa: Trabajo: Recados:

1. Niños que ya están en Healthy Families.

- ¿Aún viven en su casa los niños indicados abajo? Si no es así, tache sus nombres.
- ¿Alguno de los niños tiene ingresos? Por ejemplo, mantenimiento infantil. Si es así, escriba sus ingresos.
- Usted tendrá que enviar por correo prueba de ingresos con este formulario. *Si tiene alguna pregunta sobre ingresos, vea el folleto* ***Miembros de la familia e ingresos*** *que llegó con este formulario.*

Niño *en* Healthy Families	Fecha de nacimiento	Parentesco con	Ingreso mensual del niño, si lo hay

¿Preguntas? Llame al 1-888-673-4469*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.*

2. Ingresos del solicitante y otro adulto.

- Si los adultos de abajo no viven en la casa, por favor táchelos y agregue los nombres de los adultos que vivan en la casa.
- Si hay algún otro adulto que viva en la casa, por favor agréguelo en esta sección.
- Usted tendrá que enviar por correo prueba de ingresos con este formulario. Si tiene alguna pregunta sobre ingresos o sobre quién cuenta como adulto viviendo en el hogar, vea el folleto Miembros de la familia e ingresos que llegó con este formulario.

Miembro de la familia adulto que vive en la casa	Parentesco con	Parentesco con los niños	Ingresos netos (antes de impuestos)	¿Qué tan a menudo recibe sus ingresos?
	Solicitante	❑ Padre ❑ Padrastro ❑ Otro _____	$ Envíe prueba de ingresos	❑ Una vez a la semana ❑ Cada dos semanas ❑ Dos veces al mes ❑ Una vez al mes
		❑ Padre ❑ Padrastro ❑ Otro _____	$ Envíe prueba de ingresos	❑ Una vez a la semana ❑ Cada dos semanas ❑ Dos veces al mes ❑ Una vez al mes

3. Niños que vivan en la casa que <u>no</u> estén en Healthy Families en este momento.

- Tache a todos los niños que ya no vivan en la casa. Nota: Si algún hijo menor de 21 años asiste a la escuela en otra población y es deducido como dependiente fiscal, se le considerará como que vive en casa.
- Si el cumpleaños de algún hijo está mal, táchelo. Escriba el cumpleaños correcto a un lado.

Niño que *no* está en Healthy Families	Fecha de nacimiento	Parentesco con

4. ¿Hay otros niños viviendo en la casa que no estén anotados en las Preguntas 1 ó 3?

- Si hay algún otro niño en la casa, anótelo aquí.
- *Si tiene alguna pregunta sobre a quién anotar, vea el folleto* ***Miembros de la familia e ingresos*** *que llegó con este formulario.*

Niño que *no está* en Healthy Families	Fecha de nacimiento	Parentesco con
		❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ otro _____
		❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ otro _____
		❑ Hijo ❑ Hijastro ❑ otro _____

5. ¿Alguien de su casa está embarazada? ❑ Sí ❑ No

Si es así, escriba nombre y fecha esperada del parto de la embarazada:

_____

6. Deducciones de los ingresos por gastos.

- Si usted paga alguno de los gastos anotados en el cuadro de abajo, escriba lo que usted paga.
- Sólo anote los gastos pagados por los padres de este formulario.
- Usted tiene que enviar por correo pruebas de gastos con este formulario. Las pruebas pueden ser copias de sus facturas o de la orden de un juez. Lea los detalles en el folleto adjunto..

Gastos de guardería infantil que usted paga mensualmente por niños menores de 2 años. (El máximo permitido es de $200 por niño)	$ Envíe prueba de gastos
Gastos de guardería infantil que usted paga mensualmente por niños de 2 años y mayores. (El máximo permitido es de $175 por niño)	$ Envíe prueba de gastos
Gastos por cuidado de un dependiente incapacitado que usted paga mensualmente. (El máximo permitido es de $175 por persona recibiendo cuidado.)	$ Envíe prueba de gastos
Pensión por alimentos ordenada por un juez que usted paga mensualmente.	$ Envíe prueba de gastos
Mantenimiento infantil mensual ordenado por un juez que usted paga mensualmente.	$ Envíe prueba de gastos
Por cada padre que trabaje, deduciremos hasta $90 por gastos relacionados con el trabajo. Si un padre trabaja, escriba $90. Si dos padres trabajan, escriba $180.	_____

¿Preguntas? Llame al 1-888-673-4469*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.*

7. Firme el formulario.

Yo, el solicitante, afirmo que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que es posible que un cambio de ingresos provoque un cambio en cuotas.

➨ Firma: _____ Fecha:_____

8. Lea estas declaraciones y firme con su nombre debajo de cada una si ésta es verdadera.

Autorización para enviar el formulario de Reevaluación de cuota a Medi-Cal:
Si se determina que los ingresos de mi hogar están por debajo de las pautas de Healthy Families, solicito que este formulario sea enviado al condado y tratado como una solicitud de Medi-Cal. Declaro bajo pena de perjurio que la información de este formulario es verdadera y correcta a lo mejor de mi saber y entender. Entiendo que esto puede causar que mi hijo deje de estar cubierto por Healthy Families.

➨ Firma: _____ Fecha:_____

Medi-Cal necesita números del Seguro Social . Si usted quiere que sus hijos tengan Medi-Cal, vuelva a la Pregunta 1 y escriba el número de Seguro Social junto al nombre de cada niño.

Permiso para compartir información con el asistente de solicitud de abajo:
Doy permiso para que Healthy Families Program y Medi-Cal Program den información por teléfono acerca de la situación de este formulario a un asistente certificado de solicitudes de la Entidad de afiliación anotada. Este permiso terminará en la fecha en que el programa envíe por correo el resultado de esta petición.

Nombre del **asistente de solicitudes:** _____

➨ Firma del **solicitante:** _____ Fecha:_____

9. Envíe el formulario por correo o fax a Healthy Families.

Envíe por correo los papeles de ingresos y de prueba de deducciones a:

Healthy Families
PO Box 138010
Sacramento, CA 95813-8010

O, puede enviar por fax el formulario y los papeles al:

1-866-848-4975. El número de fax es gratuito.

Escriba su Family Member Number en todos los papeles que envíe. Su Family Member Number es el: